



Posteingangsnummer  
 von KVS auszufüllen!

**Antrag**  
 auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Operationen nach  
 § 115 b SGB V  
 gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach §135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren vom  
 28.11.2011

**Antragsteller/-in:** .....  
 (Vertragsarzt, ermächtigtter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

### 1 Beantragter Leistungsbereich folgender (Neben-)Betriebsstätten/Praxisräume

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen für folgende  
 (Neben-)Betriebsstätten/Praxisräume des ambulanten Operierens in folgenden Kategorien:

	<b>Kategorie 1:</b> Operationen	<b>Kategorie 2:</b> kleine invasive Eingriffe	<b>Kategorie 3:</b> Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen	<b>Kategorie 4:</b> Endoskopien	<b>Kategorie 5:</b> Laserbehandlung außer- halb der Körperhöhle
<b>(N-)BSNR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Adresse: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>(N-)BSNR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Adresse: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>(N-)BSNR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Adresse: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>(N-)BSNR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Adresse: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>(N-)BSNR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Adresse: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nutzung fremder Räume</b> <b>Standort:</b> ..... <b>Nutzungsvertrag:</b> <input type="checkbox"/> liegt KVS vor <input type="checkbox"/> in Kopie beigefügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hinweise:**

Kategorie 1 enthält auch Kategorie 2 und 3

Kategorie 2 enthält auch Kategorie 3

Die Anforderungen an die einzelnen Kategorien können Sie den entsprechenden Anlagen entnehmen.

## 2 Apparativ-technische Voraussetzungen

- Die räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen nach § 6 der Vereinbarung sind in den genutzten Räumen für die oben angegebene Leistungskategorie erfüllt (Voraussetzungen für die jeweilige Leistungskategorie – siehe Anlagen 1 – 5).

---

## 3 Personelle Voraussetzungen

Die personellen Voraussetzungen lt. § 4 zum Notfallmanagement und zur Assistenz werden erfüllt.

---

## 4 Organisatorische Voraussetzungen

Die organisatorischen Voraussetzungen nach § 4 der Vereinbarung werden erfüllt.

---

## 5 Hygienische Voraussetzungen

Die hygienischen Anforderungen nach § 5 der Vereinbarung werden erfüllt.

---

## 6 Erklärung des/der Antragstellers(in)

- Mit Antragsabgabe erklärt der Antragsteller sein Einverständnis, dass die KV Sachsen im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Dem Antragsteller ist bekannt, dass das Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen werden kann.

Dem Antragsteller ist bekannt, dass die Ausführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistung(en) erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Mit Antragsabgabe bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit der Angaben und verpflichtet sich, Änderungen unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

Der Antragsteller erklärt sein Einverständnis, dass die zuständige Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen nach § 7 Abs. 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung berechtigt ist, die apparativen, räumlichen, hygienischen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis zu prüfen.

---

## 7 Hinweise

Einzelne Leistungen aus den Anlagen 1 – 5 unterliegen noch zusätzlichen Genehmigungserteilungen. Die entsprechenden Leistungen und deren Gebührenordnungspositionen im EBM sind in folgender Tabelle zugeordnet zu den Kategorien benannt. Die Kategorien entsprechen den Anlagen.

Kategorie	Leistung	GOP
Kategorie 1	Ultraschall – Geburtshilffliche Basisdiagnostik	<ul style="list-style-type: none"><li>• 01781, 01782</li><li>• 01787</li></ul>
	Ultraschall – weibliche Genitalorgane	<ul style="list-style-type: none"><li>• 01904</li></ul>
	In vitro Fertilisation	<ul style="list-style-type: none"><li>• 08535, 08537, 08539</li><li>• 08550, 08555, 08558</li></ul>
	Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe	<ul style="list-style-type: none"><li>• 08637</li></ul>
	LDR- Brachytherapie	<ul style="list-style-type: none"><li>• 25335</li></ul>
	Liposuktion	<ul style="list-style-type: none"><li>• 31096 – 31098</li></ul>

Antrag  
auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Operationen

	Ambulante Arthroskopie	• 31141 – 31148
	Radiologie – (Endoskopischer) urologischer Eingriff	• 31291 – 31298
	Ambulantes Operieren – Laser außerhalb Körperhöhle	• 31362
	Phototherapeutische Keratektomie	• 31362
	Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)	• 31371 – 31373
	Vakuumversiegelungstherapie	• 31401
	Radiologie – Harntrakt- und Geschlechtsorgane	• 34297
Kategorie 2	Mammographie-Screening	• 01753 – 01755
	Ultraschall – weibliche Genitalorgane	• 01905, 01906
	Radiologie – Bauchorgane	• 04521 • 13420
	Ultraschall – Brustdrüse	• 08320
	Stoßwellenlithotripsie	• 26330
	Diabetischer Fuß – Hyperbare Sauerstofftherapie	• 30214
	Vakuumbiopsie	• 34274
	Invasive Kardiologie - Diagnostik (allein) oder Diagnostik und Therapie	• 34291, 34292
	Computertomographie - Ganzkörper einschließlich Kopf und Spinalkanal	• 34504, 34505
Kategorie 3	Ambulantes Operieren - Laser außerhalb Körperhöhle	• 06332 • 31341, 31342
	Photodynamische Therapie - Augenhintergrund	• 06332
	Interventionelle Radiologie - Interventionelle Diagnostik (allein) oder Diagnostik und Therapie	• 34283 – 34285
	Interventionelle Radiologie - Interventionelle Diagnostik und Therapie	• 34286
	Radiologie - Phlebographie	• 34294 – 34296
Kategorie 4	Koloskopie	• 01741, 01742 • 04514, 04518, 04520 • 13421 – 13423
	Radiologie – Bauchorgane	• 13430, 13431
	Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörung	• 08312 und 08313 bzw. 26316 und 26317
Kategorie 5	Ambulantes Operieren - invasive Untersuchungen	• 06332 • 31341, 31342
	Photodynamische Therapie - Augenhintergrund	• 06332
	Ambulantes Operieren - Operationen	• 31362
	Phototherapeutische Keratektomie	• 31362

Der Antrag ist ohne Unterschrift/Stempel gültig.